1 例硬脊膜外血肿所致高位截瘫患儿的中西医结合护理

霍星茹[1]，牛慧霞
河北省中医院，河北石家庄，050000

摘要：本文通过报告 1 例硬脊膜外血肿所致高位截瘫患儿经过中西医结合治疗病情得到显著改善的实际案例，总结护理在患者治疗过程中的重要性。该案例通过气道护理、抗感染治疗、营养神经等西医治疗方法，配合中医针灸、推拿、手指点穴、肺康复等中医综合治疗，在患者入院 1 月后实现间断脱机下床活动且身体各器官功能逐渐恢复正常的状态。提示早期的中医介入护理对疾病的治疗和康复具有积极作用。

关键词：硬脊膜外血肿;高位截瘫;康复训练;儿童

Nursing care of a patient with high paraplegia caused by epidural hematoma by integrated Chinese and Western medicine

Huo xingru,Niu huixia
Hebei Provincial Chinese Hospital,Shijiazhuang,Hebei Provincial ,050000

Abstract: This paper reports a case of a child with spinal cord injury caused by epidural hematoma who underwent successful treatment with a combination of Western and Chinese medicine, and summarizes the importance of nursing care in the patient's treatment process. The case was treated with Western medical methods such as airway care, antibiotic therapy, and nutritional nerve support, and combined with Chinese medicine treatments such as acupuncture, massage, finger point therapy, and pulmonary rehabilitation. The patient was able to walk intermittently and independently after one month of hospitalization, and all body functions gradually returned to normal. This case suggests that early Chinese medicine intervention and nursing care can have a positive impact on the treatment and recovery of the disease.

Key Words:epidural hematoma;high paraplegia;rehabilitation training;Children

前言：小儿硬脊膜外血肿是一种非常罕见的疾病，患儿多存在头痛、呕吐、偏瘫、失语、肢体麻木等临床表现，其漏诊和误诊率较高，若不及时治疗极易造

[1] 作者：霍星茹 牛慧霞，邮箱：1847136674@qq.com，手机号：18231511323。

成脊髓的不可逆损害。研究指出，硬脊膜外血肿主要治疗方法是外科手术清除、营养神经和康复治疗，但国内外对婴幼儿发生硬脊膜外血肿所致高位截瘫的研究案例报道很少。我院于 2023 年 10 月 26 日收治了一例因硬脊膜外血肿导致高位截瘫的患儿。患儿因出现肢体无力伴颈部歪斜且血肿较大此前在外院进行了颈部硬脊膜外血肿清除术。术后情况不理想，气管插管且需呼吸机辅助呼吸，双上肢肌力 0 级，双下肢肌力 2-级，自主呼吸节律差，呼吸驱动力弱，因拔管困难行气管切开术，又因脱机困难遂来我院求进一步治疗。该患儿病情较重且复杂，由此对护士的临床护理工作提出了更高的要求和标准，经过中西医结合的康复治疗及护理，患儿达到了脱机下床坐轮椅活动，肢体动作增多等较好转归。本案例旨在探讨中西医结合治疗在此类患儿护理中的效果及护理要点，现将护理经验总结如下。

1.病历资料

1.1 时间表：患儿于 2023 年 6 月 16 日突然出现肢体无力伴颈部歪斜，不能竖头，上肢无抬起，下肢可活动但不能行走，无意识障碍，无明显呼吸道和消化道症状。遂于当地医院行一系列检查后优先考虑血肿。经治疗症状无好转且下肢肌力较前下降，患儿于 7 月 1 日转入上级医院行颈部硬脊膜外血肿清除术。术后气管插管行呼吸辅助呼吸，因拔管困难行气管切开术。患儿中枢神经受损合并颈部手术切口反复感染导致患儿反复发热，体温波动在 37-38.4℃之间，物理降温可降至正常。因撤机困难做胸部 CT 显示肺炎并双肺部分不张，为求进一步治疗于 2023 年 10 月 26 日转入我院，以“气管切开术后拔管困难”收入我科，入院时患儿持续呼吸机辅助呼吸，查体上肢肌力 0 级，下肢肌力 2-级，四肢肌张力低。实验室检查示：肺部炎症。经研究判断，尽早给予中医治疗介入，改善其呼吸功能及肌张力减退情况，缩短恢复时间。入院后给予“呼吸支持、抗感染、肺康复、手指点穴、针灸、推拿、等综合治疗，患儿于 2023 年 10 月 30 日复查胸部 CT 显示两肺炎症状较前好转，停用抗生素。经过中医康复介入患儿于 2023 年 11 月 29 日可间断脱机，全身肢体活动较前明显改善，可做抬头，耸肩、抖腿、伸腿，前臂旋前、旋后等动作。经专业测定：前臂肌力 2 级，下肢肌力 2+级，四肢肌张力较前增强。

1.2 患者信息：患儿起病前 1 周自床上坠落，未见明显肢体肿胀，无意识障碍、呕吐等。父母体健，否认家族性遗传病史。

1.3 体格检查：患儿神清，反应可，皮肤欠红润，后颈部可见长约 8cm 的手

术瘢痕。气切套管于颈部正中位固定，局部敷料清洁干燥，无渗血、渗液。胸廓对称无畸形，无明显吸气性三凹征，双肺呼吸音粗，对称，可闻及痰鸣音。心率110次/分，律齐，心音有力，心前区未闻及病理性杂音。可用面部表情表达喜好，头可左右小幅度转动，双上肢肌力0级，双下肢肌力2-级，四肢肌张力低，痛觉存在。双侧腹壁反射可引出，双侧膝腱反射可引出。

1.4 西医诊断：

①高位截瘫

②气管切开术后拔管困难

③肺炎

④创伤性硬脊膜外血肿术后

中医诊断：

①萎症

②痰热壅肺证

1.5 治疗干预：

①入院时给予呼吸机辅助呼吸，自2023年11月29日至今使用呼吸机辅助呼吸和人工鼻过滤器交替使用。

②入院后因患儿肺部感染给予舒普深抗感染治疗，治疗5天后白细胞恢复正常，症状明显改善停用抗生素。

③给予鼠神经生长因子营养神经。

④给予中医推拿改善肌张力低下和咀嚼肌无力吞咽困难的症状。上肢取颌骨、曲池、温流、腕关节、阳池、大陵、曲泽等穴。手部给舒展指间关节，下肢取内庭穴、解溪、冲阳、太溪、昆仑、申脉、照海、太冲、阳陵泉、足三里、委中等穴，面部取颊车、地仓、巨髎、迎香、下关、廉泉等穴。

⑤给予肺康复改善患儿呼吸肌功能。因患儿呼吸肌肌力不足，反式呼吸，肋间肌肌力不足，给予患儿膈肌电刺激和呼吸机电刺激相结合，手法胸廓回弹技术，肋间松动，局部按压等。

⑥给予针刺运动疗法改善患儿神经系统功能。取印堂、太阳、中脘、建里、天枢、足三里、丰隆、三阴交、太膝穴。

⑦给予手指点穴改善患儿消化系统功能。取脾俞、肾俞、胃俞、足三里、三阴交等穴。

2.护理

2.1 护理评估：

患儿入我院后立即给予患儿心电监测，血氧饱和度检测，患儿不能维持自主呼吸，三凹征明显，立即给予患儿呼吸机辅助呼吸，遵医嘱调呼吸机参数：平均气道 7cmH20，振幅 17cmH20，频率 10Hz，氧浓度 35%，约 30min 后三凹征明显减轻。患儿来院时抽泣，紧张，责任护士轻轻抚摸其后背进行安抚，帮助患儿消除焦虑情绪。因气管切开处有渗液，责任护士给予更换纱布敷料以保持切口处清洁干燥来增加患儿舒适度。患儿长期卧床不可自主运动，责任护士每日为患儿按摩肢体 2 次以此预防血栓及肌肉萎缩症状的出现。同时为患儿家属宣教在饮食方面应摄入易吸收好消化奶粉预防便秘。

2.2 护理诊断：

①清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物增多、痰液粘稠滞留呼吸道或患儿呼吸肌无力不能及时排痰有关。

②体温调节无效 与感染和中枢神经系统功能失调有关。

③自主呼吸障碍 与双肺不张、驱动肌无力有关。

④有感染的危险 与免疫力低下且皮肤黏膜屏障差及粘膜受损有关。

⑤营养失调，低于机体需要量 与咀嚼无力、吞咽困难所致进食量减少有关。

⑥便秘 与长期卧床肠蠕动减慢有关。

⑦焦虑 与肌无力不能维持自主活动且长期处于气管切开术后有关

⑧潜在并发症：压疮。

2.3 护理目标：

①保持呼吸道通畅，维持 SPO2 在 90%以上。

②维持体温在 36-37.5℃之间。

③控制病情,维持呼吸稳定。通过肺康复等运动逐步增大患儿呼吸驱动肌肌力。

④住院期间不发生感染或其先兆症状得到及时控制，维持生命体征基本正常。

⑤帮助患儿恢复至正常吃辅食状态。

⑥使患儿恢复正常的排便频率，恢复 1 天/次或 2 天/次。

⑦通过转移注意力或者安抚来减轻患儿焦虑程度。

⑧住院期间不发生压疮。

2.4 护理措施：

①患儿因长期卧床且免疫功能不足，入院时存在肺部感染，表现为：肺部听诊有湿啰音，痰液增多，每次吸痰约 1.5ml，为白色粘痰。且患儿呼吸肌肌力不足无力排痰需要负压吸引来协助排痰。患儿出现肺部感染后出现气促、咳嗽等症状，体温 38.5℃，心率高达 170 次/分，血氧饱和度在 87%，临近患儿时明显听到气管切开处痰液轰鸣。责任护士立即为患儿吸痰，吸痰后血氧饱和度维持在 90%以上；给予患儿美林 4ml 退热，半小时后复测体温 37.4℃，心率在 140 次/分。维持其病房温度在 22-24℃、湿度在 50%-60%以增强呼吸道的自然防御能力。因患儿气管切开，为患儿颈部垫一软枕有助于改善患儿呼吸促进排痰。遵医嘱给予吸痰 q4h，责任护士密切观察患儿痰液的颜色及量，有痰液增多时及时吸痰。在吸痰过程中痰液粘稠，给予 0.9%氯化钠注射液 1ml 滴气管起到湿化气道的作用。给予患儿舒普深抗感染治疗，布地奈德+乙酰半胱氨酸等雾化吸入化痰平喘治疗。自患儿给予上述方案 3 天后查血常规血气均正常，于 5 天后复查胸部 CT 示：症状好转，遂停止使用抗生素和雾化药物。因患儿痰液减少遵医嘱将吸痰频率改为 2 次/日。

②因患儿硬脊膜外血肿压迫中枢神经或术后中枢神经损伤导致患儿体温长期处于 37-39℃之间，如不经干预甚至更高。针对这一问题给予冰毯治疗，冰毯温度随患儿体温动态调整，给予感应探头粘贴于皮肤上随时检测患儿体温。经过干预后，患儿体温维持在 36-37.5℃之间。

③患儿因基础病且长期卧床导致全身肌力下降，呼吸驱动力和肋间肌肌力不足导致患儿自主呼吸障碍，针对这一问题给予呼吸机辅助呼吸维持有效呼吸。主治医生请肺康复科会诊，给予患儿肺康复治疗。经过一个疗程的肺康复治疗患儿能间断脱机，现患儿呼吸机和人工鼻过滤器交替使用，24h 脱机 12h 以上。

④患儿因长期卧床增加了感染的可能，尤其是肺部感染。针对这一问题要求医护人员及其家属接触患儿前后要洗手，集中操作来减少感染的发生。患儿气管切开处皮肤受损长期处于暴露状态极易发生感染，针对这一问题责任护士给予病室温度在 22－24℃、湿度在 50-60%，气切护理 2 次/日，气切部位纱布污染及时更换。患儿气切处皮肤至今未发生感染。

⑤患儿长期鼻饲导致咀嚼肌无力且吞咽功能下降，责任护士给予患儿口腔运动 2 次/日，为患儿做面部推拿 1 次/日，增强患儿吞咽功能改善患儿咀嚼肌无力症状，现患儿可以经口进食小馒头，鸡蛋，香肠水果等，饮用水或奶一次达 20ml 以上。为增强患儿营养，除基本奶粉辅食外给予患儿小佳膳 180ml/次，2 次/日。

现患儿身高体重曲线良好。

⑥患儿长期卧床，肠蠕动减慢导致患儿排便困难，责任护士给予患儿顺时针按摩腹部2次/日，以增加肠蠕动保持肠道功能，根据患儿便秘情况遵医嘱适当给予患儿开塞露灌肠帮助排便。给予患儿易消化吸收的水解奶粉以改善肠道功能。现患儿可自主排便，基本维持在2天/次，现阶段很少使用开塞露。

⑦患儿不能维持自主运动需要外界辅助，且气管切开不能发声有时会感到害怕，情绪不佳。责任护士察觉后给予轻声安慰且轻轻抚摸患儿后背来消除患儿焦虑情绪。适当给予动画片来增加患儿兴趣。帮助患儿活动四肢做中医康复介入，现患儿肌力明显增强也可脱机下床坐轮椅外出活动，现见到其责任护士和主治医师后会嘟嘴亲吻来表达喜好，还会故意吐舌头翻白眼等以此获得医护人员的赞赏。

⑧病人由于四肢瘫痪，不能自主改变体位，再加上瘫痪部位皮肤缺乏神经营养、组织营养差、再生能力低、皮肤干燥，故骨突出部位持续受压超过2h即可能发生压疮。责任护士自患儿入院以来每2小时为患儿翻身一次，且与家属宣教如何为患儿翻身拍背防止压疮。皮肤干燥时给予患儿涂抹润肤露以滋润皮肤。自患儿可间断脱机以来责任护士协助家属每天将患儿搬至轮椅上活动2小时。经过精心护理患儿入院以来未有压疮的发生。

3.结果和随访

通过医护团队的不懈努力患儿有了很大的进步，从入院时的全身肌无力到现在的可以抬头、耸肩、抖腿、伸腿并且可以脱机下床坐轮椅等，患儿发生了质的变化。同时责任护士的有效沟通和良好的专业素养也提升了患儿家属的依从性，使其能配合我们的护理工作，也加速了患儿病情的好转，获得了患儿家属极大的认可。

4.讨论

综上所述，硬脊膜外血肿导致高位截瘫患儿的并发症较多，其临床治疗与护理有其特殊性和专业性，本案例患儿术后脱机困难，全身肌无力，伤口及肺部感染等病情危重，医护协作评估患儿具体情况后，进行早期的中医介入护理及西医抗感染、营养神经等治疗，患儿病情得到很好的改善。由此可见尽早的中医介入对高位截瘫患儿的治疗和康复具有积极作用。因国内外对婴幼儿发生硬脊膜外血肿所致高位截瘫的研究案例报道很少，此案例所选文献资料有限，理论方面还不够系统。希望通过本案例分析，提升对脊膜外血肿所致高位截瘫治疗的关注，以

期进一步总结护理经验，创新工作方法，进一步发扬中医治疗在现代护理工作中的实际作用。

参考文献

[1]中华医学会神经外科学分会，中国医师协会急诊医师分会，中华医学会神经病学分会脑血管病学组等.高血压性脑出血中国多学科诊治指南[J].中国急救医学，2020,40(8):689.

[2]黄琳.1 例外伤性高位截瘫清醒患者在 ICU 的护理体会[J].临床医药,，2013 (1) :97-98.

[3]Rosado-Rivera D.Comparison of 24-hour cardiovascular and autonomic function in paraplegia, tetraplegia, and control groups:implications for cardiovascular risk[J].J Spinal Cord Med，2011, 34 (4) :395-403.

[4]Lim S H,Hong B Y,Cho Y R,et al.Relapsed spontaneous spinal epidural hematoma associated with aspirin and clopidogrel[J].Neurol Sci,2011,32(4):687-689.DOI:10.1007/s10072-011-0508-5

[5]周双红，陈丽燕.脊髓损伤伴截瘫患者并发症的预防和护理[J].当代医学，2010, 16 (24) :128.

[6]陈香珍.截瘫病人的护理[J].黄石理工学院学报， 2006, 22 (1) :73-75.

[7]陈敏，胡爱玲，谢俊强，等.截瘫并发症的早期康复护理对策[J].中国康复医学杂志, 2000, 15 (4) :249-251.

[8]姬宏，刘静.系统性护理措施干预创伤性截瘫病人身体状况及抑郁状况的相关性研究[J].中国中医药咨讯， 2011, 3 (8) :30.

[9]刘晓飞.1 例高位截瘫危重病人的预防压疮护理及对策[J].医学信息,,2011, 24 (10) :6455.